



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1938, 15(3): 468-471

ISSUE DATE:

1938-05-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204933>

RIGHT:

脛短縮セルモ第Ⅴ趾ヨリ稍々長シ。又兩側下腿ハ外方ニ彎曲ス。

一般所見：異常ヲ認メズ。

レ線像：兩側第Ⅳ趾骨特ニ左側ハ第1例ト略々同様ノ像ヲ示ス。

診 斷：第Ⅳ趾短縮症及ビO-脚

手 術：腰椎麻酔ノ下ニ第1例同様左脛骨櫛ヨリ巾約1糎、長サ約4糎ノ骨片ヲトリ之ヲ2分シ兩側第Ⅳ趾ノ趾骨趾骨關節内ニ嵌入シ同時ニ左脛骨ノ截骨術ヲ行ヒ、腸線ニテ皮膚縫合ヲナシ、¹ギブス²固定ヲナス。今日ニテハ手術創ハ第1期治癒ヲナシ、壓痛等モ無ク外觀モ尋常トナル。

考察：元來第Ⅳ趾短縮症ハ機能上何等ノ障碍ナク唯美容上ノ缺陷ニ過ギザルニヨリ、外觀上短縮趾ガ延長サヘスレバ其ノ目的ヲ達成ス。其ノ點ヨリ本法ハ術式簡單且ツ確實ニシテ、又早期歩行可能等ノ利點アリ。

臨床診斷ト手術所見

大脳腫瘍剔出例

上 原 孫 作 (京都外科集談會昭和13年1月例會所演)

患 者：10歳、男

主 訴：癲癇様發作

現病歴：2歳ノ春麻疹ニ患リ、發疹第2日日ニ全身ニ痙攣ヲ來シタ。ソノ痙攣ハ搐搦性デアツテ、手足ニZyranoseヲ來シ意識不明トナリ約30分ノ後ニ消失シタ。其後1週間程ハ毎日同様ノ痙攣發作ガアツテ時ニBettヨリ轉落シタコトモアル。以後左上肢ニ運動障碍ヲ來シ粗大力衰ヘ微細運動ガ ungeschickt トナツタ。

以來同様ノ輕イ發作ガ過食シタリ、精神的ニ興奮シタ後頻々ト起ル様ニナツテ昭和11年9月頃ヨリハ上肢ヨリ痙攣ヲ發スル様ニナツタ。ソノ様子ハ聲ヲ發シテ先ヅ左上肢ヲ舉上シ、次ニ兩手ヲ胸ノ前ニ組ミ合ハセ時ニ轉倒スルコトガアルガ其際ニ必ズ右側ニ倒レルヲ常トヘル。

斯様ナ發作ハ本年ニ入リテ特ニ其頻度ヲ増シ、最近ハ1日ニ2〜3回デ1〜2分間デ消失スルヲ常トスル。小學校ノ成績ハ中等デアルト言フ。

既往歴及ビ遺傳歴ニ特記ス可キモノハナイ。

現症：體格中等、榮養佳良、皮膚稍々蒼白、顔貌稍々無慾狀デ頭部ニハ右前額及ビ側頭部ニ數個ノ癰痕ヲ認メルガ異常型デハナク、頭蓋骨ニ畸型ヲ認メナイ。

左ノ口角及ビ下唇ノ左ニ於テ時々輕度ノ痙攣ヲ認メルガ唇音ハ明瞭デアリ頰ヲ膨ラマス運動モ左右著明ナ差ヲ認メズ。眼球運動ハ正常ニ保持サレテ居ル。胸腹部ノ内臟諸器官ニハ異常ナシ。左上肢ハ右側ニ比シ多少萎縮シテ居ツテ、萎縮ハ上膊ニヨリ著明デアル。ソノ位置ハ稍々外轉シ Krallenhand 位ヲツテ居ル。

手ノ微細運動ハ ungeschickt デ強直ガアリ骨膜反射、腱反射共異常亢進ヲ示シテオル。時々前膊並ビニ手指ニ輕イ搐搦ヲ認メル。感覺異常ハ證明サレナイ。

左下肢ニハ萎縮ハ認メラレナイガ多少ノ強直アリ、腱反射稍々亢進シ足及ビ膝蓋搐搦ヲ證明スル。バビンスキー、オツペンハイム等 abnorme Reflexハ證明サレズ。

腹壁反射、提睾反射ハ左右差異ヲ認メズ。

入院中我々ノ觀察シ得タル發作ハ聲ヲ發スルコトナク全く突然ニ、シカモ瞬間的ニ、左上肢ヲ垂直ニ舉上シ、此際顔貌ハ全く無表情、強直性デ兩眼ハ前方ノ遠點ニ固定サレテ居ル。脈搏、呼吸ニハ特別ノ變化ヲ認メズ。數秒ノ後ニハ此等ノ發作ハ緩解シ唯兩手ヲ胸ノ前方ニテモムガ如キ無意識運動ヲ營ム。發作中意識ハ多少濁濁シ居ル様デアル。retrograde Amnesieハ殆ド證明サレズ。

血液所見：赤血球數515萬、Hæmoglobin 含有量71% (ザーリー)、白血球數10,200、血液像ニ異常ヲ認メ

ズ。

腦脊髄液所見：初壓 160mm 水柱、水様透明デ細胞増多症ナク、糖、蛋白含有量正常、ワ氏反應陰性、細菌ヲ證明セズ。

母子共血清ワ氏反應陰性。

レ線検査：單純撮影ニテ右側頭部ニ小指頭大ノ不規則ナル濃陰影ヲ認メル。Enzephalographie ニテ甚ダ輕度ノ内腦水腫ガ證明サレル。右側腦室中心部ハ左ニ比シテ稍々低位ニ在ルノガ見ラレルガ全體トシテ其ノト形ニ變化ナク又意味附ケ得ル程ノ非對稱性モ認メラレナイ。

以上ノ所見ヨリシテ前述ノ濃陰影ハ右大脳半球表面ニ於ケル石灰沈着ト理解サレル。

診 断：左顔面神經下枝領域ニ輕度ノ刺戟症狀ヲ伴ツテ左上肢ニ腦性ノ單癱(Monoplegie)ガ證明セラレルコト、且ツ左上肢ヨリ始マル定型の癲癇發作ガアリ、レ線検査ニヨリ右大脳半球ノ表面ニ近ク石灰沈着様ノ陰影ヲ認メルコトカラ恐ラク右前中心廻轉下1/3ノ部デ解剖學的ニMundfacialisノ中樞ガ上肢ノ運動中樞接シテ存スル部位ニ異物ガ存在シテジャクソン氏癲癇ヲ惹起シテ居ルモノト考ヘラレル。

ソノ發生ニ就テハ麻疹ノ經過中ニMeningoenzephalitisヲ合併シテ後遺性癲癇ヲ起シタモノト考ヘラレルガ、極ク稀ニ見ル大脳皮質ノ孤在結核又ハ大脳皮質ノ運動中樞ノ存スル部ニ來リ運動刺戟症狀又ハ麻痺症狀ヲ呈スル限局性結核性腦膜炎等デモアリ得ルノデアツテ結核ハ除外シ得ズ。

手術所見：Tandler氏ノkraniozerebrale TopographieニヨリRoland氏線ヲ標識トナシ右側頭部ニ穿顱術ヲ施シテ硬腦膜ニ達スルニ、略々額顳筋ノ腱附着部ニ相當セル部即チ中硬腦膜動脈及ビ靜脈ノ前枝ノ分枝點ニ當リ硬腦膜ガ拇指頭大ニ肥厚シテ硬度ヲ増シテ居ル。硬腦膜ヲT字型ニ切開シテ軟腦膜ニ蓋ハレタル大脳皮質ニ達スルニ、硬ク肥厚セル部ノ硬腦膜ハ軟腦膜トノ間ニ直徑2cmノ略圓形ノ範圍ニ互リ纖維性ノ強キ癒着ガ認メラレル。癒着ノ部ヨリ皮質内ニ直徑約2cmノ彈性硬ナル球形ノ腫瘤ガ存在スル。大脳皮質ヲ見ルニ腫瘤ハ稍々怒張セルRoland氏靜脈ノ前デ略々前中心廻轉ノ下1/3ト中1/3トノ境界部ト思ハレル範圍ニ位シ、該部ノ直グ後上方ハ皮質ガ稍々浮腫性且ツ半透明デアル。

腫瘤ノ周圍ヲ廻リ健常ナル皮質ヲ出來得ル限リschonenシテBovieヲ以テ切開シテ深部ニ進ミ、更ニ示指ヲ以テ鈍性ニ周圍ヨリ剝離シテ容易ニ腫瘤ヲ剔出シ得タ。剔出後ノ缺損ハ直徑約3cm深サ1.5cmデ基底ハ肥厚性ニ平滑ニ觸レル。更ニ周圍ニ硬腦膜ノ下ニSondeヲ挿入シテ検査スルモ達スル限リニ於テ癒着ヲ認メズ。硬腦膜ヲ一部縫合シ骨缺損ノアル儘デ骨膜ニテ蓋ヒ帽狀腱膜ト皮膚トヲ一層ニ縫合シテ手術ヲ終ツタ。

剔出標本所見：腦實質内ニ陷入セル部分ノ表面ハ顆粒狀デ黃赤色半透明性デアツテ細血管ヲ持ツテ居ル。剖面ハ周邊ハ黃灰白稍々赤セデ中心ハ泥狀ニ膿瘍化シ中間層ハ石灰沈着ヲ認メル。是ノレ線寫眞ヲ術前頭蓋レ線寫眞ト比較スルニ全く同様ノBildヲ呈シテ居ル。

腦膜トノ關係ハ硬軟腦膜共癒着部ノミニ存在シテ腫瘤ハ腦皮質ニ生ジタモノデアルラシク思ハレル。

切片檢鏡所見：結締織性ノ外層ニ圍マレテ上皮様細胞増殖、圓形細胞浸潤、巨大細胞ヲ認メルガソノ中心ニ於ケル壞疽ハ定型のナ結核ニ見ラレル平等ニ核染色ノ不良ナルモノデナク、細胞核ノ濃染セル膿球ノ集合デアル所ノ一種ノ炎症性Granulomデアル。尙一部ニハ結核ヲ全クハ除外シ得ナイ像モ見ラレルノデ切片ヨリノ結核菌染色ヲ施シタノデアルガ染色サレナイ。

術後經過：術後第2日目ヨリ尙術前同様ノ痙攣發作ヲ平均1日2,3回起シテ居ツタガ創感染モ合併症モナク術後13日目ニ痙攣發作ヲ有セル儘ニテ退院シタ。退院時ニモ左上肢ノ萎縮トMonoplegieハ存在シタガ顔面神經刺戟症狀ハ消失シテ居ツタ。

考察：本例ハ大脳皮質運動中樞部ニ存スル異常癒着及ビ腫瘤ニ依ツテ起ツタ定型のJackson氏癲癇ノ1例デアル。

ソノ本態ニ就テハ恐ラク麻疹ノ經過中ニ限局性ノEnzephalitisヲ合併シ早期ニ腦膜ト癒着シ

テ Meningoenzephalitis トナリ、ソノ進行ガ停止シテ結締織様ノ皮膜ヲ生ジ肉芽腫ヲ形成シ且ツ
 腦膜トノ癒着ニヨリ腦脊髄液ノ循環ガ多少障碍ヲ被ムリ、レ線寫眞ニ見ラレル如キ甚ダ輕度ノ
 腦水腫ト手術所見ニ於ケルガ如キ癒着周邊ノ浮腫ヲ生ジタモノト考ヘラレル。而シテ R. Müller
 及ビ Tilmann, ソノ他ニ依レバ急性熱性疾患ノ合併症トシテ急性出血性腦炎ヲ生ジ之ガ後ニ腦
 炎後遺症性癲癇ヲ惹起スルコトハ稀デナイト言ハレテ居ルガ本例モソノ1例デアル様ニ考ヘラ
 レル。

巨大ナル「ガングリオノイローム」ノ1例

藤 岡 十 郎 (京都外科集談會昭和13年2月例會所演)

患 者: 22歳, 男子

主 訴: 無痛性ノ腹部腫脹

現病歴並ビニ局所見々: 13歳ノ時腹部ノ膨大セルニ氣附キ、其ノ大キサヲ次第ニ増シ腹部ニ緊張感ヲ來
 セリ。腹部ハ著シク膨大シ胸部及ビ腹部ハ全體トシテ樽狀ヲ呈ス。腫脹ノ表面ハ平滑、彈性軟、波動ヲ呈シ、
 小腸、横行結腸、下行結腸、S 狀結腸モ強ク右側ニ壓排セラル。通過障碍無シ。胃液、十二指腸液、血液並
 ビニ尿ニ變化ナシ。左腎ニ排泄機能障碍アリ。

手術所見: 正中線切開及ビ左側ニ副切開ヲ加ヘ腹腔ニ入ル。腫瘍ハ後腹壁前面ニアリテ内臓諸器官ハ上
 方及ビ右側ニ壓排セラル。左側輸尿管ハ腫瘍ニ依リ壓迫セラレ扁平トナル。腫瘍ノ長サ、巾、厚サ各々45,
 35, 30cmニシテ周圍ト癒着少ク、腹部大動脈ト稍々強ク癒着ス。2回ノ手術ニテ腫瘍ノ全剔出ヲ行ヒタリ。

考察: 本腫瘍ノ内容ハ血管ニ乏シキ寒天様物質ニシテ檢鏡上「ガングリオノイローム」ナリ
 キ。即チ、腰部交感神經節ヨリ發生シテ斯クノ如ク巨大トナリタルナリ。(詳細ハ追テ發表ノ豫
 定ナリ。)

十二指腸潰瘍ノ1異例

吉 岡 忠 夫 (京都外科集談會昭和13年1月例會所演)

患 者: 46歳, 男, (昭和12年28/XI入院)

主 訴: 上腹部ノ膨滿感及ビ嘔吐

現病歴: 昭和12年20/XI(約9日前)何等誘因ト思ハレルモノナク空腹時ニ上腹部ニ於テ持續性疝痛様疼
 痛アリ。惡心嘔吐ガアツテ、吐物ハ食物淺滓ノミデ珈琲殘滓様物ハ認メナカッタ。疼痛ハ2,3時間デ徐々ニ
 消失シタガ、以後上腹部ノ膨滿感、壓痛、緊張感ガアリ、惡心、嘔吐ハ1日2回位現ハレ、吐物ハ黃色稀薄
 ナル粘液様物質デアル。食慾皆無、便通ハ1日2回、黑色便ナルカ否カハ注意シナカッタ。睡眠不良。

既往症: 5,6年前ヨリ冬期ニ食事ト關係ナク時々上腹部ニ疝痛様疼痛即 Attacke ガ存在シタ。同時ニ惡
 心、嘔吐ガアリ、吐物ハ食物淺滓ダケデ珈琲殘滓様物ハ認メナカッタ。カカル疼痛ハ2時間デ徐々ニ消失ス
 ルノヲ常トシタ。

遺傳歴: 著明ナルモノヲ證明シナイ。

臨床所見: 體格中等、骨格纖弱、榮養ハ強度ニ衰ヘ、皮膚蒼白、弛緩シ、脈搏ハ整調、1分時100、緊張
 度ハ弱イ。心臟、肺臟ニハ異常ナイ。

腹部ハ上腹部特ニ膨起シ、胃壁強直ガ時々現ハレル。發赤、靜脈怒張ハ證明シナイ。觸診上右上腹部、特
 ニ右季肋下部ハ一般ニ左ヨリ抵抗強ク、皮膚ニ輕度ノ浮腫ヲ證明スル。熱感ハナイ。壓痛ハ著明デ、殊ニ劍
 狀突起ト臍ノ中央部正中線ヲ去ル一横指右ニ著明ナル壓痛ガアル。腫瘍ハ觸レナイ。腸雜音ハ正常デアル。

肝臟、脾臟、腎臟ハ觸レナイ。

直腸膨大部ハ擴張セズ。熱感、壓痛、腫瘤ハナイ。便ハ黒色^Lテール^T様デアル。

入院時體溫 36.5°C。赤血球數550萬、血色素含有量95(ザーリー)、白血球數21,000、中性多核白血球96%。尿中大腸菌ハ一視野ニ平均 5 個デアル。

診 断： 上述空腹時ノ上腹部疼痛、惡心、珈琲殘滓様デナイ吐物、黒色便、右上腹季肋下部ノ抵抗感、浮腫、壓痛、尿中大腸菌陽性、中性多核白血球増加ヨリ消化管上部ノ穿孔、恐ラク十二指腸潰瘍ノ穿孔が存在シ、局所ノ腹膜炎ヲ起シ、幽門部ガ炎症性癒着ヲ來シテ、幽門狹窄ノ症狀ヲ呈シタモノト考ヘテ手術ヲ行ツタ。

手術所見： 先ヅ腹膜炎ヲ呈シテキル部ガ限局サレテキルカラ、然ラザル部ヨリ腹腔ヲ開キ、幽門狹窄ニ對スル處置ヲ探ラウトシテ、左直腹筋ノ中央デ肋骨弓ヨリ臍ノ高ニ至ル15糎ノ切開ヲ行ヒ腹腔ニ達ス。腹腔ニハ充血、肥厚ハナカツタ。腹腔内ニハ腹水ナク胃ハ中等度ニ膨大セル外、前幽門部迄著變ハナイ。依テ Treitz 氏靱帶ヲ去ル50糎ノ空腸ト Wölfler 氏胃腸吻合ヲ施シ、Braun 氏副吻合ヲ施シタ腹腔ハ3層ニ縫合閉鎖ス。次ニ右肋骨弓切開7糎ヲ行ヒ、右上腹ニ達ス。腹膜ハ多少充血シテキタガ肥厚ハナイ。腹水ハ證明セズ。直チニ大網嚢包マレタ腫瘤ノ上縁ニ達ス。腫瘤ノ上縁ハ十二指腸ノ Pars superior ノ腹側ニアリ、肝臓ト癒着ガナイ。膽嚢ハ特ニ膨大シテ居ラズ、漿膜面ニ變化ナク、底部デ腫瘤ト輕ク癒着シテキル。之ヲ鈍性ニ剝離シテ腫瘤ヲ視ルト、表面ハ平滑デ發赤、靜脈怒張ハナイ。一般ニ彈性硬デアルガ所々波動ガアル。腹側デ體壁腹膜ト固ク癒着シテキル。腫瘤ノ左右下ノ境界ハ不明デアル。幽門部、十二指腸ノ Pars superior トハ癒着ナク、ソノ漿膜面ニモ著變ハ認メナイ。腫瘤ヲ鈍性ニ開カウトシテ結腸腸間膜ノ兩葉間ニ入ルト、直チニ濃厚、灰白黃色、惡臭ヲ放ツ膿 5cc ヲ出ス。膿瘍内面ハ肉芽組織デオホハレ、腔ノ廣サハ拇指頭大デ、多少屈曲シテ左下ニ向ヒ、7 糎位迄達シ得ルガ、ヨリ底部ハ不明デアル。依テ^Lゴム^T排液管ヲ挿入シ、創ハ開放性トシテ手術ヲ終ル。

膿ヨリハ大腸菌及ビ白色葡萄狀球菌ヲ證明ス。

術後経過： 創口ヨリハ濃厚、黃灰白色、惡臭ノアル膿ヲ排出シテキタガ、6日目ニハ性質膽汁様トナリ、ソノ量稍々増加シ、創縁周圍ハ mazerieren サレ、18日目ニハ食物殘滓物ヲ發見スルニ至ツタ。シカシソノ後全身狀態次第ニ良好ニナリツツアル。

考察： 最初コノ例デハ、ソノ病歴及ビ局所々見ヨリ十二指腸潰瘍ノ破裂ヲ來シタモノト考ヘタ。併シ手術所見ニヨルト、幽門輪ヨリ潰瘍ノ好發部位デアル十二指腸ノ Pars superior ニハ何處ニモ穿孔部ハナカツタ。而モソノ後ノ経過ニヨルト十二指腸液ガ創傷中ニ出テ來テキルカラ十二指腸ノドコカニ穿孔アルコトハ確實デアル。故ニコノ際ハ解剖學的ニハ Pars inferior ノ穿孔ガ考ヘラレル。併シ Pars inferior ニハ潰瘍ノ發生ハ極メテ稀デ、コノ部ハ寧ロ憩室ノ存在スル部デアル。故ニコノ例ニ於テハ十二指腸憩室ガアリ、之ニ Diverticulitis ヲ起シ、次デ Periduodenitis ヲ起シ微細ナ穿孔ヲ來タシ、次デ局所ニ膿瘍及ビ腹膜炎ヲ起シタモノト考ヘラレル。即チ餘リニ微細ナ穿孔ノタメ膿瘍ニヨリ壓迫サレテ手術時ニハ十二指腸内容ハ出テ來ナカツタモノデアロウ。併シコノ際挿入シタ排液管ニヨリ局所ハヨリ大キク損傷サレ、ソノ後十二指腸液ガ排出サレルニ至ツタモノト思ハレル。手術前ニ現ハレテキタ幽門狹窄モ以上ノ腫瘍ノ壓迫ノ結果デ、ソノ度ノ強い間ハ食物モ局所マデ來ズ、局所ノ炎症ノ去ルニツレテ壓迫モ減ジ幽門狹窄ノ狀モ去リソノ結果食物ノ一部モ創面ニ出テ來ル様ニナツタト思ハレル。手術ノ際幽門置術ヲ行ハナカツタノハ術後性消化性空腸潰瘍ノ發生ヲ考ヘタカラデアル。併シ患者ノ一般狀態ノ恢復ヲ待ツテ吾々ハ更ニ精細ナ検査ヲ行ツテ、ソノ原因ヲ明ニシタイト思フツテキル。